

証明書交付願

年 月 日

(あて先) 新潟市病院事業管理者
新潟市民病院長

西 暦 年 月 卒業 年課程
(第 期生)

氏 名
(旧姓)

生年月日 昭和 年 月 日

現住所 〒 -

電話番号 - -

下記のため、卒業証明書 () 枚
学業成績証明書 () 枚 の交付をお願いします。
単位修得証明書 () 枚
その他 ()

記

1. 使用目的

2. 提出先

(注1) 新潟市立看護専門学校は平成15年3月31日で廃校となり、その事務は新潟市民病院に引き継がれました。

(注2) ア. 郵送での返送を希望する場合は切手を貼った返信用封筒を添付(同封)して請求すること。

イ. *印欄は記入しないこと。